Zur Statistik

der

Carcinome des Gesichts

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Josef Wahrhausen

approb. Arzt

aus

Hildesheim.

März 1885.

Referent:

Herr Hofrath Prof. Dr. Maas.

Seinem theuren Vater

sowie

seinem lieben Oheim

Ferdinand Lübbers

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549819_0167

Unter der grossen Anzahl der verschiedenen Geschwulstformen, welche im Gesichte des Menschen aufzutreten pflegen und theils durch ihre Lage und Grösse eine Verunstaltung desselben herbeiführen, theils aber auch durch ein schnelleres Wachsthum dem betroffenen Individuum unangenehm und lästig werden, nimmt zweifelsohne das Carcinom eine sehr bevorzugte Stellung ein. Die Entstellung der Gesichtszüge einerseits, anderseits aber das beständige Wachsthum der Krebsgeschwulst und der spätere Zerfall der Oberfläche, welcher in sehr vielen Fällen von übelriechenden, das Geruchsorgan arg verletzenden Ausdünstungen begleitet ist, bieten den Patienten Veranlassung genug, sowohl aus kosmetischen, wie auch aus rein praktischen Gründen eine baldige Entfernung der Geschwulst sehnlichst herbeizuwünschen. Hiernach scheint es mir durchaus nicht unlohnend zu sein, an der Hand der Statistik das mehr oder weniger häufige Vorkommen der Gesichtskrebse zu betrachten.

In den ältern Schriften und Abhandlungen, welche das Gebiet der Geschwülste betreffen, herrschte eine grosse Unklarheit, sowohl in Betreff der Eintheilung, wie auch der Diagnose der einzelnen Geschwülste. Man befasste sich damit, die einzelnen Geschwülste möglichst weitläufig nach ihrem Aussehen, ihrer Form, Konsistenz und Krankheitsverlauf zu beschreiben. Schon früh brach sich die Idee Bahn, die Geschwülste in **gutartige** und **bösartige** zu trennen. Zu den gutartigen rechnete man alle diejenigen, welche nach Entfernung der erkrankten Partie entweder auf operativem Wege oder durch ätzende Substanzen nicht wiederkehrten, während zu den bösartigen alle diejenigen gezählt wurden, bei denen spätere Recidive beobachtet wurden. Unter diesen nehmen den ersten Platz ein, die damals noch mehr wie jetzt gefürchteten Krebse, bei denen man die Beobachtung gemacht hatte, dass dieselben in der Mehrzahl der Fälle in der Narbe oder in nächster Nähe derselben wiederauftauchten oder endlich auch in entfernt liegenden Organen Metastasen bildeten und unter den Erscheinungen der Kachexie zum Tode führten.

Im Anfange dieses Jahrhunderts wurde durch die Einführung des Mikroskopes mehr Klarheit in dem dunklen Gewirr der Geschwülste geschaffen. Die morphologische Struktur der einzelnen Geschwulstformen bildete jetzt das leitende Princip bei der Eintheilung; man benannte die Geschwulst nach dem Gewebe, welches den ausschliesslichen oder doch den prävalierenden Bestandtheil derselben bildete. **Virchow** theilte später die Geschwülste in drei grosse Gruppen, in die hyperplastischen nnd heteroplastischen, je nachdem sie aus einem normaler Weise an der betreffenden Stelle vorkommenden Gewebe, also einer einfachen Wucherung der Grundgewebe, oder aus vom Grundgewebe verschiedenen Gewebsbestandtheilen bestehen und in die teratoiden, jene Tumoren, die angeboren vorkommen und sich durch ihre Zusammensetzung aus sehr verschiedenen Gewebstheilen und Organen auszeichnen.

In neuester Zeit hat man bei der Eintheilung der Geschwülste ein ganz ganz anderes Princip zu Grunde gelegt. Man geht hierbei bis zur embryonalen Entwickelungsanlage der drei Keimblätter zurück und theilt die Geschwülste

ein nach den drei Keimblättern, aus denen sie hervorgehen, nnd stellt hierbei diejenigen, welche sich aus dem Entoderma und Ektoderma entwickeln, denjenigen gegenüber, welche sich aus dem Mesoderma bilden. An dieses Eintheilungsprincip schliesst sich die interessante Frage nach der Entstehung und den ersten Anfängen der Geschwülste, eine Frage, die schon seit langer Zeit vielfach besprochen und bestritten und bis jetzt auch noch nicht einheitlich geregelt ist. Soviel dürfte jedoch feststehen, dass die Aetiologie der Geschwülste im engen Zusammenhang mit den entwickelungsgeschichtlichen Vorgängen steht.

Virchow setzt bei der Entwickelung der Geschwulst eine besondere, angeborene, lokale Prädisposition voraus; es fehlt nur noch die causa efficiens; um die ersten Anfänge und das weitere Wachsthum der Geschwulst herbeizuführen; als eine solche nimmt derselbe nun einen örtlichen Reiz an. Für die Entstehung mancher Geschwulstformen hat diese Theorie nichts Befremdendes. Kann man doch häufig die Beobachtung machen, dass durch einen mechanischen örtlichen Insult Geschwülste entstehen, dass z. B. durch den beständigen Reiz einer in den Zähnen hängenden Tabackspfeife ein Cacinom der Unterlippe sich entwickelt oder durch einen beständigen Druckreiz auf einer längst verheilten Bruchstelle ein Sarkom sich bildet; — allein für die Mehrzahl der Geschwülste fällt es sehr schwer, ja ist es meist gerade zu unmöglich, die lokale Reizung nachzuweisen.

Billroth hält dagegen die Lokalisation einer präexistierenden Dyskrasie für den Anfangspunct der Geschwulsterkrankungen. Nach ihm kreist im menschlichen Organismus ein Stoff, die „indifferente Bildungszelle", aus der die Geschwulst hervorgeht. Als Typus dieser indifferenten Bildungszellen, so sagt **Billroth***), können wir das weisse Blutkörperchen, die Wanderzelle **v. Recklinghausen's**, betrachten. Alle Zellen aus der Reihe der Bindesubstanzen, die Endothelien der serösen Häute und vor allen die fixen Bindegewebszellen der Gewebe können als metamorphosierte Wanderzellen oder farblose Blutkörperchen angesehen werden, und es hat keine Schwierigkeiten, sich vorzustellen, dass z. B. eine fixe Zelle im Bindegewebe unter gewissen Bedingungen in Proliferation gerathen und eine junge Zelle producieren könne, die ihrerseits alle Charactere einer indifferenten Bildungszelle resp. die eines weissen Blutkörperchens besitzt. Alle Gewebe können solche junge Bildungszellen erzeugen; ja es scheint, als ob nicht einmal eine vollständige Zelle nothwendig sei; jedes lebende Protoplasma kann zunächst durch Differenzierung einen Kern bilden, der sich theilt und durch diese Theilung nun zur Theilung der Zelle Veranlassung giebt. Allein diese von **Billroth** aufgestellte Theorie hat bei den Autoren wenig Anklang gefunden.

Hingegen hat **Cohnheim****) nun in neuester Zeit eine Entwickelungstheorie aufgestellt, nach welcher zwar nicht die Entwickelung der Geschwülste selbst in die Embryonalperiode zurückzuverlegen ist, wonach aber die spätere Entwickelung der Persistenz embryonaler Keimanlagen ihre Entstehung verdankt. (Vgl. Allgemeine Pathologie von **Cohnheim** I. Theil.) Nach ihm haben die Geschwülste ihre Genese in einer immanenten Anlage, in einem Heerde embryonalen Bindegewebes d. h. in einem aus einer frühen Entwickelungsperiode stammenden Zellenquantum, das nicht zum Aufbau der normalen Gewebsbestandtheile verwendet wurde und daher als solches sich erhielt. **Cohnheim** bezeichnet die Geschwülste daher als atypische Gewebsneubildungen aus embryonaler

---

*) Billroth. Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie 1883. Cap. XXI.

**) Siehe Ziegler Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Pathologie und Pathogenese. Allgemeine Pathologie II. Auflage, pag. 280 und 281. Jena 1883.

Anlage. Die aus embryonalen Zellen bestehenden Geschwulstkeime können nach ihm sehr klein sein und sich deshalb der Beobachtung entziehen, und es ist sogar denkbar, dass die Zellen derselben zwischen den physiologischen Elementen des betreffenden Gewebes nicht zu erkennen sind. Sie können lange Zeit im Gewebe ruhig verharren. Erst wenn die äusseren Umstände, d. h. ihre Ernährung und ihre Beziehung zur Umgebung es gestatten, gerathen sie in Wucherung und bilden Geschwülste. In diesem Sinne kann z. B. ein Trauma wirken; in der Regel entzieht sich indessen der Anstoss zur Wucherung unserer Einsicht.

Die Gründe, welche **Cohnheim** bei der Aufstellung dieser Entwickelungstheorie der Geschwülste leiteten, sind einmal die für manche Geschwülste nachgewiesene Erblichkeit; kann man doch sehr häufig die Erfahrung machen, dass hintereinander Grossmutter, Mutter und Tochter an derselben Stelle Uterus, Brust, Magen etc. ein Carcinom bekommen und daran zu Grunde gehen. Dann ist es aber auch ferner das vorzugsweise Auftreten der Geschwülste an Orten, wo in einem frühen Stadium der Entwickelung eine gewisse Complikation stattfand, also an Orten, wo verschiedene Epithelformationen zusammenstossen an Lippe, Anus, Magen, oder wo die Entwickelungsvorgänge complicierter Art sind, wie beim Geschlechtsapparate. Endlich zieht er auch den atypischen Bau der Geschwülste selbst zur Stütze seiner Hypothese heran.“

Diese von **Cohnheim** aufgestellte Theorie für die Entstehung der Geschwülste hat bis jetzt unter den Autoren schon zahlreiche, eifrige Anhänger und Verfechter gefunden und es lässt sich wohl voraussagen, dass dieselbe sich recht bald einer allgemeinen Anerkennung erfreuen wird. Es mag sein, dass sie vielleicht für den einen oder andern Beobachter oder auch für gewisse Arten von Geschwülsten zur Zeit noch etwas Befremdendes darbietet; die Entstehung der Carcinome lässt sich sicherlich nach ihr am besten erklären. Liegt doch der embryonale Keim, aus dem diese Geschwulst hervorgeht, lange Zeit im menschlichen Organismus verborgen, um erst im höheren Alter zur Entwickelung zu gelangen, wie wir auch aus der nun folgenden Statistik ersehen werden, welche die in den letzten 10 Jahren im hiesigen Julius-Spitale beobachteten Carcinome des Gesichtes umfasst.

Im Jahre **1875** wurden auf der hiesigen chirurgischen Abtheilung behandelt insgesammt 940 Kranke, von denen 300 dem weiblichen, die übrigen 640 dem männlichen Geschlechte angehörten. Unter diesen 940 Fällen befanden sich 67 Geschwülste; bei 46 Fällen war die Diagnose auf Cacinom gestellt von den letzteren nun kamen 15 auf das Gesicht und zwar:

	Anzahl der Fälle
Carcinoma faciei	3
C. oculi	1
C. oculi et malae	1
C. malae	2
C. nasi	3
C. auriculae	1
C. labii inferioris	4
Summa	15

Nach obigen Zahlen war das Carcinom des Gesichts also vertreten mit etwas über $1^1/_2$ % unter sämmtlichen Erkrankungen. Ob alle oben erwähnten Fälle operativ behandelt worden sind, lässt sich mit Sicherheit nicht ersehen, da einerseits Krankengeschichten aus diesem Jahre mir nicht zu Gebote standen, anderseits aber auch kein besonderes Operations-Journal geführt wurde. Soweit aus dem vorhandenen Diarium ersichtlich, wurde operiert in 7 Fällen und zwar

bei einem Fall von Carcinoma nasi, malae, auriculae und den 4 Fällen von C. labii inferioris. Ein plastischer Ersatz zur Deckung des gesetzten Defektes wurde nothwendig in den Fällen von Carcinom der Nase und einem der Unterlippe, beiden andern Fälle derselben Art wurde eine einfache Keil-excision mit nachfolgender directer Vereinigung der Wundränder vorgenommen, und der vierte Fall erforderte, da gleichzeitig der Unterkiefer miterkrankt war, eine partielle Resektion des letzteren. Der Krankheitsverlauf darf wohl als ein günstiger hingestellt werden, da die Patienten sämmtlich als geheilt entlassen wurden und ein später aufgetretenes Recidiv in keinem Falle angegeben worden ist. Das Alter der oben erwähnten Kranken schwankte zwischen 39 und 80 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $59\frac{1}{2}$ Jahren. Was das Geschlecht anbelangt, so waren 3 weiblichen, die übrigen 12 männlichen Geschlechts. Von den übrigen krankhaften Geschwülsten des Gesichts waren 11 Fälle erwähnt.

1876.

In dem darauf folgenden Jahre kamen auf der chirurgischen Station in Behandlung insgesammt 798 Kranke und zwar 549 auf der männlichen und 249 auf der weiblichen Abtheilung; von diesen waren mit krankhaften Geschwülsten behaftet 54, unter denen 28 Carcinome verzeichnet waren, von welch letzteren wiederum 19 auf die Gegend des Gesichts entfielen und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. faciei	7
C. oculi	1
C. malae	1
C. maxillae superioris	1
C. auriculae	1
C. nasi	1
C. labii inferioris	7
Summa	19

Hiernach berechnet sich, dass etwa $2\frac{1}{2}$ % sämmtlicher Patienten an Gesichtskrebs erkrankt waren. Bei den beiden Carcinomen oculi und malae handelte es sich um Recidive. Von diesen Fällen ist nur fünfmal einer operativen Behandlung Erwähnung gethan, in 4 Fällen von Krebs der Unterlippe ohne jede weitere Andeutung der Operationsmethodik, während bei einem Fall von Carcinoma faciei Exstirpation mit nachfolgender Plastik angegeben worden ist. Heilung ist in allen Fällen angegeben und später aufgetretene Recidive nirgends verzeichnet.

Das Alter der Patienten schwankte zwischen 38 und 77 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $65\frac{1}{6}$ Jahren, nach dem Geschlechte vertheilen sich dieselben auf 5 Weiber und 14 Männer. Von den übrigen Tumoren des Gesichts sind im ganzen 10 Fälle vorgekommen.

In dem Folgenden wird sich der Prozentsatz für die Gesichtscarcinome etwas höher stellen, indem die Gesammtzahl der Behandelten von jetzt ab sich geringer beziffert. Dies hat seinen Grund in dem Umstande, dass, während bislang ein Diarium geführt wurde, in welchem sämmtliche Kranken verzeichnet worden sind, von jetzt ab diejenigen Kranken, welche ambulant behandelt wurden, so wie diejenigen, bei denen eine grössere Operation und Aufnahme ins Spital nothwendig erschien, in je ein gesondertes Journal eingetragen wurden. Ausserdem wurden bis jetzt die Augenkranken auf der chirurgischen Abtheilung mitbehandelt.

1877.

Gegen 798 des Vorjahres betrug die Gesammtzahl der in diesem Jahre behandelten Kranken laut Operationsjournal nur 131. Bei 32 derselben lautete die Diagnose auf Geschwülste, unter denen sich 21 Carcinome befanden; von diesen letzteren entfallen auf das Gesicht 12 Fälle und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. faciei	2
C. palpebrae superioris	1
C. maxill. super. et antri Highmori	1
C. maxillae inferioris	1
C. nasi et antri Highmori	1
C. labii superioris	1
C. labii inferioris	5
Summa	12

Es ergibt sich hienach für die Carcinome des Gesichts ein Prozentsatz von $9^1/_6$ %. Von den beiden C. faciei betraf eines die Jochbeingegend, das andere die Haut der Wange. In allen diesen Fällen wurde das Krankhafte durch Exstirpation entfernt. Von den fünf Fällen, welche die Unterlippe befielen genügte bei 4 eine einfache Keilexcision, an die sich die direkte Vereinigung der Wundränder durch Nähte anschloss, während bei dem fünften noch eine plastische Operation sich nöthig erwies. Bei den beiden Krebsen des Ober- und des Unterkiefers wurde durch eine partielle Resektion der betreffenden Knochen das Krankhafte fortgenommen. Nach der Exstirpation wurde noch eine Cauterisation mit dem ferrum candens vorgenommen in den beiden Fällen, welche die Nase mit Highmorshöhle und die Jochbeingegend betrafen. Der Verlauf der Heilung war ein recht zufriedenstellender, da sämmtliche Patienten geheilt entlassen wurden und Recidive sich nicht wieder einstellten.

Das Alter der Patienten schwankt zwischen 39 und 74 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $57^5/_6$ Jahren. Was das Geschlecht anbetrifft, so befand sich unter den 12 Kranken nur eine Frau. Die Anzahl der übrigen krankhaften Tumoren des Gesichts bezifferte sich auf sechs.

1878.

In diesem Jahre ist die Anzahl der Gesichtskrebse wesentlich geringer. Unter den 208 im Operationsjournal verzeichneten Fällen finden sich 40 Geschwülste mit 15 Carcinomen, von welch letzteren wieder sieben das Gesicht betreffen und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. faciei	2
C. palpebrarum et nasi	1
C. labii inferioris	4
Summa	7

Hieraus ergiebt sich ein Procentsatz für Krebse der Gesichtsgegend von $3^1/_8$ %. Bei allen wurde eine operative Behandlung eingeschlagen. In dem einen Fall von Carcinoma faciei wurde nur kurz die Exstirpation der krebsigen Massen erwähnt, bei dem andern, das in der Schläfengegend seinen Sitz hatte, sowie bei dem Fall, welcher die Augenlider, Nase und einen Theil der Wange betraf, wurde nach der Exstirpation zur Deckung des Defektes eine Plastik nothwendig und beide Male je ein Lappen aus der Stirn- und seitlichen Wangenhaut gebildet. Bei dem einen krebsigen Tumor der Unterlippe konnten nach vorgenommener Keilexcision, die Wundränder direkt vereinigt werden, während

bei den drei übrigen dieser Gegend noch ein plastischer Ersatz erforderlich war. Bei einem von diesen Letzteren, einem 54 Jahre alten Manne, stellten sich im folgenden Jahre Recidive ein, welche sich als inoperierbar erwiesen. (Patient wurde im Anfange des Jahres 1880 durch den Tod von seinem Leiden erlöst.) Bei den Uebrigen war der Verlauf und das Resultat der Heilung ein gutes.

Das Alter der in diesem Jahre behandelten Kranken lag zwischen 48 und 74 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $67^5/_7$ Jahren. Nach dem Geschlecht vertheilen dieselben sich auf eine Frau und sechs Männer. Von den übrigen Gesichtstumoren waren 12 Fälle erwähnt.

1879.

Die Gesammtzahl der in diesem Jahre auf der chirurgischen Abtheilung behandelten Fälle betrug 201; unter diesen waren 42 Geschwülste mit 23 Carcinomen verzeichnet. Von den letzteren traten 12 in der Gesichtsgegend auf, welche sich folgendermassen vertheilen:

	Anzahl der Fälle
C. faciei	1
C. faciei et maxillae superioris	1
C. maxillae superioris	4
C. frontis	1
C. palpebrae	1
C. labii superioris et inferioris	1
C. labii inferioris	3
Summa	12

Der Procentsatz für die Gesichtskrebse stellt sich somit auf 6%. Eine einfache Exstirpation wurde vorgenommen bei dem C. faciei und bei einem der Unterlippe, bei dem eine direkte Vereinigung der Wundränder noch möglich war, während bei den beiden andern eine Cheiloplastik und zwar einmal nach der Methode von **Jaesche** und das andere Mal nach der Methode von **Dieffenbach** ausgeführt werden musste. Ein plastischer Ersatz war erforderlich bei dem Krebs des Augenlides und bei demjenigen, der in der Ober- und Unterlippe seinen Sitz hatte; Resektion mit nachfolgender Plastik war indiciert bei dem Krebs der Stirngegend. Bei der Behandlung der 4 Fälle von Carcinom des Oberkiefers musste eine Resektion des jeweilig erkrankten Knochens gemacht und bei einem 51jährigen Patienten sogar eine totale Resektion beider Oberkieferknochen vorgenommen werden.

Der Heilerfolg darf in diesem Jahre ein nicht gerade sehr günstiger genannt werden, da bei drei Fällen spätere Recidive sich einstellten. Von diesen trat ein Recidiv wieder auf in der Oberlippe bei dem oben erwähnten Fall von Krebs der Ober- und Unterlippe; bei dem 60jährigen Patienten, bei welchem die Exstirpation und Cheiloplastik nach **Jaesche** vollzogen wurde, zeigten sich nicht mehr operierbare Recidive in den Lymphdrüsen; noch ungünstiger gestaltete sich das bei einem 50 Jahre alten Manne eingetretene inoperierbare Recidiv nach Entfernung eines Oberkiefers, das bald den Tod herbeiführte.

Das Alter der Kranken, von denen 2 weiblichen, die übrigen 10 männlichen Geschlechts waren, schwankte zwischen 49 und 68 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $56^3/_4$ Jahren. Von den sämmtlichen übrigen Geschwulstformen des Gesichts waren sieben Fälle verzeichnet.

1880.

In diesem Jahre wurden insgesammt behandelt 223 Patienten, von denen 53 mit krankhaften Geschwülsten behaftet waren. Krebstumoren waren aufgetreten 23 und von diesen zeigten sich 13 in der Gesichtsgegend und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. malae	3
C. nasi	1
C. auriculae	1
C. regionis temporalis	1
C. process. alveolaris maxillae superioris ac palati duri et moll.	1
C. palpebrae inferioris	1
C. maxillae inferioris	1
C. labii superioris	1
C. labii inferioris	3
Summa	13

Aus Obigem lässt sich für die Gesichtskrebse ein Procentsatz von ca. 5⅗ % feststellen. Bei dem Carcinom des Unterkiefers ist nach einer früheren operativen Behandlung ein Recidiv aufgetreten. Was nun die Behandlung der oben erwähnten Tumoren betrifft, so wurde bei allen die Exstirpation der erkrankten Partien vollzogen. Bei dem Oberlippenkrebs genügte eine Excision der Geschwulst mittels eines V-förmigen Schnittes und eine nachfolgende direkte Vereinigung der Wundränder. Der Krebs des untern Augenlides erforderte eine Blepharoplastik-Operation. Ein plastischer Ersatz zur Deckung des Wunddefektes erwies sich nothwendig bei den 3 Fällen von Unterlippenkrebs, bei zweien, welche in der Wangengegend, bei dem, welcher in der Schläfengegend und bei demjenigen, welcher an der Nase seinen Sitz hatte, bei welch letzterem ein Hautlappen aus Stirn- und Wangengegend gebildet wurde. Indiciert war eine Resektion bei dem Krebs des Unterkiefers, bei dem Fall, wo der Zahnfortsatz des Oberkiefers und der weiche und harte Gaumen ergriffen war, bei dem dritten Fall der Wangen- und bei demjenigen der Schläfengegend. Bei dem Krebs des Ohres musste der grösste Theil des Ohres und des äusseren Gehörganges entfernt werden; nur das noch gesunde Ohrläppchen konnte erhalten werden.

Das Resultat der Heilung war ein befriedigendes, da alle Patienten geheilt entlassen wurden; nur bei dem einen Fall von Krebs der Wangengegend traten spätere Recidive in der seitlichen Hals- und Unterkiefergegend auf. — Das Alter der Kranken, von denen zwei dem weiblichen, die übrigen elf dem männlichen Geschlecht angehörten, schwankte zwischen 43 und 74 Jahren mit einem Durchnittsalter von 61½ Jahren. Von den übrigen Tumoren des Gesichts haben in dem diesjährigen Operations-Journal 11 Fälle Erwähnung gefunden.

1881.

Eine verhältnissmässig grössere Anzahl von Gesichtskrebsen liefert das Jahr 1881, in dem bei einer Gesammtzahl von 188 Krankheitsfällen 53 Tumoren mit 29 Carcinomen verzeichnet sind, von welch letzteren 15 auf die Gesichtsgegend fallen und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. glabellae et dorsi nasi	1
C. nasi	3
C. regionis temporalis	2
C. regionis parotideae	1
C. retromaxillare recidivum	1
C. maxillae superioris	2
C. labii inferioris	5
Summa	15

Nach den obigen Zahlen ist das Carcinom des Gesichts vertreten mit $7^{3}/_{4}$ % der Gesammtfälle. Um Recidive handelte es sich in je einem Fall von Krebs des Oberkiefers und der Unterlippe und in demjenigen, welcher die Retromaxillargegend eingenommen hatte. Was die Operationsmethoden anbelangt, so war in sämmtlichen Fällen nach Exstirpation des Tumors ein plastischer Ersatz nothwendig. Bei demjenigen Tumor, der in dem untern Theil der mittleren Stirngegend und dem Nasenrücken seinen Sitz hatte, wurde ein Hautlappen aus Stirn und Wangengegend gebildet, bei 4 Fällen von Carcinom der Unterlippe waren gleichzeitig die Lymphdrüsen der Unterkinngegend infiltriert, so dass hier noch zur Exstirpation derselben geschritten werden musste. Bei zwei andern Patienten derselben Krankheitsform hatte sich die krebsige Entartung auch auf den Unterkieferknochen erstreckt, und war deshalb eine partielle Resektion derselben dringend indiciert; in einem der letzteren Fälle bei einem 70jährigen Kranken, wurde als Voroperation eine Tracheotomie gemacht, um das Herabfliessen von Blut und Speichel durch die Luftröhre in die Lunge zu verhindern. Diese Voroperation erschien erforderlich, weil die krebsigen Wucherungen sich auch noch auf den aufsteigenden Ast des Unterkiefers erstreckte. Die Operation verlief gut; allein der schon vorher sehr heruntergekommene, abgemagerte und entkräftete Patient verstarb kurze Zeit nach derselben. Spätere Recidive wurden beobachtet in zwei Fällen, nämlich bei einem Fall von Oberkieferkrebs, nach dem Lymphdrüsenrecidive in der seitlichen Halsgegend auftauchten und bei dem Krebs der Retromaxillargegend, dem eine Infiltration der seitlichen Halsdrüsen und krebshafte Wucherungen am Ohr und äussern Gehörgang folgten. Bei den übrigen 12 Patienten wurde Heilung erzielt. —

Das Alter der Kranken, von denen 12 männlichen und 3 weiblichen Geschlechts waren, lag in den Grenzen von 61 und 81 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 67 Jahren 11 Monaten. Ausser diesen Fällen waren im Operationsjournal dieses Jahres noch 8 andere Gesichtstumoren erwähnt.

1882.

Von den in diesem Jahre behandelten 157 Kranken, waren mit Geschwülsten behaftet im ganzen 47 Personen, unter welchen sich 22 mit Krebstumoren befanden. Von diesen letzeren entfielen auf die Gesichtsgegend 12 und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. frontis	1
C. nasi	2
C. septi narium	1
C. nasi et palpebrae inferioris et malae	1
C. malae	3
C. regionis temporalis	1
C. labii inferioris	3
Summa	12

Hiernach stellt sich für das Carcinom der Gesichtsgegend ein Procentsatz von $7^{2}/_{3}$ % heraus. Ein einfache Exstirpation mittels Keilschnitts und nachfolgender direkter Vereinigung der Wundränder wurde ausgeführt bei zwei Unterlippenkrebsen und dem der Nasenscheidewand, welche beide prima intentione heilten. Vorgenommen wurde eine plastische Operation bei den Krebsen der Wangengegend, den beiden der Nase, bei demjenigen, welcher auf Nase, unteres Augenlid und einen Theil der Wange sich erstreckte, bei dem der Schläfengegend und bei demjenigen der Stirn. Da bei diesem letzten Falle eine bedeutende Wundfläche zurückgelassen war, so wurde, um eine möglichst baldige

Ueberhäutung derselben herbeizuführen eine Transplantation kleiner Hautläppchen nach **Reverdin** vorgenommen und hierdurch ein äusserst günstiger und schneller Heilungsprocess erzielt. Auch bei den übrigen Fällen stellte sich ein sehr günstiges Heilresultat heraus, da alle geheilt entlassen und keine späteren Recidive beobachtet wurden.

Das Alter der Patienten, von denen acht dem männlichen und vier dem weiblichen Geschlecht angehörten, schwankte zwischen 48 und 72 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $66^1/_2$ Jahren. Von den verschiedenen, anderweitigen Gesichtstumoren finden sich in diesem Jahre acht Fälle verzeichnet.

1883.

Behandelt wurden in diesem Jahre auf der chirurgischen Abtheilung insgesammt 331 Fälle, unter denen 94 Geschwülste mit 34 Carcinomen genannt sind. Von den letzteren fallen auf die Gesichtsgegend 15, welche sich folgendermassen vertheilen:

	Anzahl der Fälle
C. frontis	1
C. orbitae, nasi, malae	1
C. nasi	2
C. malae	1
C. regionis inframaxillaris	2
C. labii superioris	1
C. labii inferioris	7
Summe	15

Danach lässt sich ein Prozentsatz von $4^1/_2$ % für den Gesichtskrebs festsetzen. Operativ behandelt wurden sämmmtliche Fälle. Eine Abtragung der erkrankten Partie mit dem Pacquelin'schen Brenner wurde vorgenommen bei dem Krebs der Wange. Bei demjenigen der Oberlippe und bei vieren der Unterlippe genügte eine einfache Keilexcison mit sich daran schliessender direkter Vereinigung der Wundränder, während bei den drei übrigen desselben Orts noch eine Plastik zur Deckung des Defektes nothwendig wurde; da ferner bei zwei Fällen von diesen letzteren gleichzeitig die Drüsen der Submaxillargegend infiltriert waren, so war eine Exstirpation derselben dringend angezeigt. Interessant ist der Fall eines 66jährigen Patienten, bei dem Augenhöhle, Nase und ein Theil der Wange von der Geschwulst eingenommen war. Hier musste nach Umschneidung der Geschwulst der ganze Inhalt der Augenhöhle mit fortgeräumt werden, da die Krebswucherungen sich tief in dieselbe hineinerstreckten. Auch an der knöchernen Begrenzung der Augenhöhle, in der Gegend, wo das Nasenbein mit dem Supraorbitalrand des Stirnbeins zusammentritt, zeigte sich eine verdächtig aussehende Knochenpartie, welche mit dem Meissel entfernt wurde. Zur Deckung des grossen Defektes wurde ein Hautlappen aus der Stirn mit der Ernährungsbrücke an der Nasenwurzel gebildet und so gedreht, dass er die ausgeräumte Augenhöhle fast ganz deckte; sodann wird die noch erhaltene Haut der Wange von der Nasolabialfalte bis in die Ohrgegend frei präpariert, nach oben verschoben und mit dem Stirnlappen vereinigt. Der Heilungsverlauf war ein guter; nach mässigem, nur einige Tage anhaltendem Wundfieber erfolgte die Heilung per primam. Nur eine kleine Nachoperation wurde nothwendig; es war nämlich in Folge bedeutender Spannung in der zarten Narbe an der Nasenwurzel ein kleiner Riss entstanden, der durch Anfrischung und Vereinigung der Ränder rasch heilte. Bei dem einen Fall von Carcinoma nasi wurde die Rhinoplastik nach **Thiersch** gemacht, bei dem andern Fall, der uns später

noch interessieren wird, wurde der Defekt durch einen Hautlappen aus der Stirn gedeckt. Bei diesen beiden letzterwähnten Fällen traten später Recidive auf; da die übrigen Patienten geheilt entlassen wurden, so darf man wohl den Operationserfolg als einen günstigen hinstellen.

Das Alter der Kranken, von denen 12 männlichen und 3 dem weiblichen Geschlecht angehörten, lag in den Grenzen von 24 und 78 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 52¹/₇ Jahren. Von den übrigen Tumoren des Gesichts sind 20 Fälle erwähnt worden.

1884.

Jm Laufe dieses Jahres kamen zusammen 385 Fälle in Behandlung; 98 von diesen fielen unter die Rubrik Geschwülste. Das Carcinom war in der Anzahl von 42 vertreten; von diesen kamen auf die Gesichtsgegend 23 und zwar:

	Anzahl der Fälle
C. frontis	1
C. palpebrae inferioris recid. . . .	2
C. nasi recidivum	1
C. dorsi nasi et palpebr. inferior. .	2
C. nasi et labii superioris	1
C. regionis malae et colli	1
C. labii superioris	2
C. maxillae superior. dextr. et palat. dur. sinistr.	1
C. labii inferioris	12
	Summa 23

Hiernach ergibt sich ein Prozentsatz für die Krebstumoren des Gesichts von nahezu 6 %. Operativ behandelt wurden alle Fälle. Wir begegnen hier zunächst wieder einem Falle, auf den wir bei der Abhandlung des Vorjahres hinwiesen. Es handelte sich damals um ein Carcinoma epitheliale des Nasenrückens, welches exstirpiert wurde. In diesem Jahre war bei der 53jährigen Patientin eine Recidiv aufgetreten und zwar an dem untern Augenlide in Form einer pilz- oder knopfförmigen Wucherung, welche die linke Orbita bedeckte. Die Oberfläche der Geschwulst ist ulceriert und mit Eiter bedeckt; die Consistenz derselben ist weich, an einigen Stellen das Gefühl von Fluktuation darbietend. Aus einer Fistel entleert sich auf Druck eine Eiter ähnliche Masse; man ist wohl berechtigt diesen Tumor als Medullarcarcinom anzusprechen; es ist also in diesem Falle nach Entfernung eines Epithelialkrebses ein Medullarkrebs aufgetreten. Nach einer vorgenommenen Rhino-Melo-Blepharoplastik, bei welcher das ganze untere Augenlid mit fortgenommen werden musste, trat nochmals in demselben Jahre ein Recidiv auf von etwa Halb-Haselnussgrösse, der Conjunktiva bulbi aufsitzend. Bei der Operation konnte man diesen Tumor bis zur Verbindungsstelle des Nasenbeins mit dem Supraorbitalrand des Stirnbeins verfolgen; von seinem Ansatzpunkt wurde derselbe mit dem Meissel abgetragen. Unter einem antiseptischen Verbande wurde Heilung erzielt und bis jetzt kein Recidiv beobachtet. Durch eine Excision mittels eines V-förmigen Schnittes wurde Heilung herbeigeführt bei den beiden Krebsen der Oberlippe und bei acht der Unterlippe, während bei den übrigen Tumoren der Unterlippe noch eine Plastik nothwendig erschien; da bei zwei von diesen Fällen sich zugleich die submaxillaren Lymphdrüsen infiltriert erwiesen, so wurden auch diese exstirpiert. Eine partielle Resektion des Stirnbeins mit Plastik war erforderlich bei dem Carcinoma frontis. Bei dem Oberkieferkrebs wurde nach Entfer-

nung einiger infiltrierten Drüsen, welche sich in der Gegend des rechten Kieferwinkels vorfanden, die Resektion des rechten Oberkiefers nach v. Langenbeck's Methode gemacht. Die gleichzeitig miterkrankte Nasenscheidewand, sowie der harte Gaumen linkerseits wurden mittels Meissel und nachheriger Cauterisation mit dem Pacquelin'schen Brenner abgetragen. Die Heilung verlief gut. Zum Verschluss des Defektes in der Mundhöhle erhielt der Patient einen Obturator, welcher ihm das Sprechen und Schlingen ermöglichte. Allein schon nach zwei Monaten stellte sich der Patient mit inoperabelen Drüsenrecidiven und den Erscheinungen der allgemeinen Carcinomkachexie wieder vor. Eine eigene Behandlung erforderte das Carcinoma nasi et labii superioris der 58jährigen Patientin S. R. Zuerst wurde durch Exstirpation und nachfolgender Cheiloplastik die krankhafte Partie der Operlippe entfernt; sodann wurde zur Entfernung des Nasentumors geschritten. Dabei wurde, da die carcinomatöse Entartung den ganzen knorpeligen Theil der Nase zerstört und einen grossen Theil sowohl der knöchernen Nasenscheidewand, wie auch der knöchernen Begrenzung der Nasenhöhle ergriffen hatte, alles Krankhafte und Verdächtige mittels Messer, Scheere und Meissel entfernt. Hieran schloss sich eine Rhinoplastik, bei welcher folgendermassen verfahren wurde: Aus der gesunden Haut der Wangen wurden zwei Lappen von aussen her so präpariert, dass sie an der Grenze des soeben entfernten Tumors mit dem Mutterboden in Verbindung gelassen, nach innen ungeklappt und durch Nähte vereinigt wurden; der untere Theil der so verbundenen Lappen, welcher stärker umgeschlagen war, wurde in die Oberlippe gesenkt und somit eine Nasenscheidewand geschaffen; in die so gebildeten beiden Nasenlöcher wurden Drainröhren eingeführt. In ähnlicher Weise wurde ein kleiner Hautlappen in der Nasenwurzelgegend gebildet, nach unten umgeklappt und auf den beiden ersten Lappen durch Nähte befestigt, sodass die Epidermisflächen der Lappen gegen die Nasenhöhle und die Wundflächen nach aussen gerichtet sind. Zuletzt wurde ein grosser Hautlappen aus der linken Stirngegend mit der Basis über dem rechten innern Augenwinkel frei präpariert und so gedreht, dass er die vorhergebildeten Lappen deckt, dass also die Wundflächen sämmtlicher Lappen aufeinanderliegen. Darauf wurde, soweit als möglich, der Stirnlappen mit den noch erhaltenen Theilen der Gesichtshaut vereinigt. Der Heilungsprocess ging jedoch schlecht von statten. Es trat nach einigen Wochen eine Schwellung der untern Augenlider auf, darauf entstand eine Fistel, aus deren Oeffnung sich auf Druck eine übelriechende eitrige Masse entleerte; es folgte sodann eine stärkere Absonderung eines äusserst unangenehm riechenden Sekrets, welches sowohl nach aussen wie auch nach der Mundhöhle zu abfloss. Schliesslich zeigte sich eine Geschwulst am harten Gaumen, aus welcher sich bei der Incision kein Eiter entleerte, dieselbe charakterisierte sich als ein Recidiv. — Bei dem Tumor, welcher in der seitlichen Hals- und Wangengegend seinen Sitz hatte, wurde zur Deckung des Defektes ein Hautlappen aus der Nacken-Rückengegend gebildet. Doch bevor eine Heilung erzielt wurde, verstarb Patient in Folge eines Gelenkrheumatismus. Die übrigen neunzehn Patienten wurden geheilt entlassen.

Das Alter der behandelten Kranken, von denen 8 dem weiblichen und 16 dem männlichen Geschlecht angehörten, lag zwischen 28 und 77 Jahren mit einem Durchschnittsalter von $55\frac{1}{3}$ Jahren. Von den andern Tumoren des Gesichts finden sich in diesem Jahre 11 Fälle erwähnt.

Aus dieser Zusammenstellung erhellt, dass unter den im Verlaufe der letzten Jahre auf der chirurgischen Abtheilung des Juliusspitals in Behandlung

gekommenen 283 Carcinomen über die Hälfte, nämlich 143, ihren Sitz in der Gesichtsgegend hatten. Das Carcinom des Gesichts nimmt also, wie wir gesehen haben, unter den bösartigen Geschwülsten, wie auch denjenigen des Gesichts überhaupt, bei der Bevölkerung von Unter-Franken ganz entschieden den ersten Platz ein. Worin das häufige Auftreten seinen Grund haben mag, dafür hat man bis jetzt noch keine Erklärung gefunden. Bei weitem erklärlicher schon ist das überwiegende Vorkommen beim männlichen Geschlecht. Denn die meisten Krebse, welche das weibliche Geschlecht während dieser Periode aufzuweissen hatte, betrafen die Brustdrüse, vereinzelte auch den Uterus, wobei wir nicht unberücksichtigt lassen wollen, dass ausserdem noch eine grössere Anzahl des letzterwähnten Organes in der gynaekologischen Klinik zur Beobachtung gelangt sein dürften. Die beiden eben erwähnten Organe bilden also bei dem weiblichen Geschlecht die Praedilektionsstelle für den Sitz des Carcinoms und damit dürfte wohl sein weniger zahlreiches Vorkommen im Gesicht dieses Genus zur Genüge erwiesen sein. Der Lieblingssitz dieses Neoplasmas im Gesicht ist unzweifelhaft die Lippe und dabei ist wiederum die Unterlippe ganz besonders bevorzugt, welche in diesen zehn Jahren allein 53 Fälle aufzuweisen hat, von denen nur 4 auf das weibliche Geschlecht entfielen. Ob die Ursache der Entstehung des Carcinoms an dieser Stelle, wie man in jüngster Zeit meistens anzunehmen geneigt ist, auf Rechnung des Rauchens und den damit verbundenen Reiz zu setzen ist, oder ob man sie nach **Thiersch** als in einer frühzeitigen Schrumpfung der Lippenhaut begründet betrachten will, das möge dahingestellt sein; zwei von den hier behandelten Kranken männlichen Geschlecht stellen entschieden in Abrede, jemals Pfeife oder Cigarren geraucht zu haben.

Der Erfolg der Operationen darf im allgemeinen wohl als ein durchaus befriedigender betrachtet werden, wenn gleich elf spätere Recidive beobachtet wurden, von welchen nur vier einen leider so bösartigen Charakter angenommen hatten, dass von einer nochmaligen Operation Abstand genommen werden musste.

Fragen wir nun noch kurz nach der Zeit, wann wir das Carcinom des Gesichts operieren sollen, so möchte ich mich ganz entschieden für eine **Frühoperation** erklären. Sobald also ein Tumor als Carcinom diagnosticiert ist, oder auch nur ein Verdacht auf ein solches nahe liegt, soll man selbst auf die Gefahr hin, sich gelegentlich einmal geirrt zu haben, nicht zögern, den Tumor zu entfernen; denn nur so wird man eine gewisse Sicherheit haben, dass noch keine Verschleppung von Krebszellen stattgefunden hat und ein Recidiv daher nicht zu befürchten ist.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Hofrath Professor Dr. Maas für die freundliche Unterstützung, welche er mir bei Anfertigung dieser Arbeit hat angedeihen lassen, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Druck v. H. Fünfstück, Hildesheim.